ITEM 044 : TUMÉFACTION PELVIENNE CHEZ LA FEMME

Fiche réalisée en priorisant rangs et informations de la fiche LiSA > Collèges (Gynécologie > Urologie).

→ Chez la femme ménopausée : éliminer en priorité un **cancer de l'ovaire.**
→ Chez la femme en période d'activité génitale : éliminer en priorité une GEU et une grossesse.
→ 2 principales causes (en dehors de la grossesse) : **fibrome utérin et kyste de l'ovaire.**

DG

Interrog.
- ATCD : salpingite, leucorrhées fréquentes, contraception (DIU), endométriose, régularité des cycles, date des dernières règles.
- Nature des douleurs : uni/bi latérales, cycles ou non, intensité…
- Hémorragies génitales associées : méno/métrorragies.
- Troubles digestifs ou urinaires associés.

SF
- **Fièvre, amaigrissement, AEG.**
- **SF urinaires** : pollakiurie, urgenturie, dysurie, hématurie.
- **SF gynécologique** : douleur pelvienne, dyspareunie, aménorrhée, métrorragie, leucorrhée, signes de grossesse.
- **SF digestifs** : trouble du transit (constipation, dyschésie), rectorragie…
- **SF vasculaires** : claudication intermittente, œdème.
- **Caractéristique de la tuméfaction** : ancienneté, mode de survenue ou de découverte, sensibilité…

SC
- **Palpation abdominale** : localisation, taille, consistance, sensibilité de la tumeur.
- **Examen des orifices herniaires.**
- **Inspection vulvaire** et **examen au speculum** (avec et sans poussée abdominale).
- **TR** : muqueuse rectale, caractéristiques de la tumeur.

TV
= Examen essentiel : caractéristiques et origine de la tumeur (utérine ou annexielle).

Augmentation globale du volume utérin		- **Fibrome interstitiel** ou **sous-séreux** (unique ou multiples) : dimensions en cm, régularité des contours ou existence de voussures déformant les contours. - **Utérus gravide** : ↗ de volume, mou, contexte de retard de règles.
Masse latéro-utérine	Dépendante de l'utérus	= **Solidaire des mouvements de l'utérus** (sauf en cas de fibrome sous-séreux pédiculé), sans signe du sillon. - Contours réguliers **: fibrome sous-séreux sessile.** - Contours irréguliers : **pathologie adhérente à l'utérus, cancer de l'ovaire, endométriose, bloc adhérentiel infectieux.**
	Annexielle	= **Signe du sillon** (espace entre la masse et la paroi utérine), non solidaire des mouvements de l'utérus. - Masse régulière mobile : **kyste ovarien, fibrome pédiculé.** - Masse irrégulière fixée : **cancer de l'ovaire, endométriose, infection.**
Masse du cul-de-sac de Douglas		- Fixée, contours mal limités : **cancer de l'ovaire, endométriose, cancer digestif.** - Régulière ± mobile : **lésion bénigne prolabée.**

PC

Bilan minimal
- **Dosage quantitatif du taux d'hCG** chez la femme en âge de procréer.

Échographie pelvienne

Tumeur utérine	- Solide : **fibrome** ++, **polype, masse cancéreuse.** - Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : **dégénérescence de myome** (nécrobiose ou après traitement), **sarcome, adénomyome.** → Utiliser : hystérosonographie, 3D, vascularisation par contraste.
Tumeur annexielle	- Solide (suspect ++) : **cancer ovarien, tumeur séreuse, fibrome ovarien, fibrothécome.** - Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : **tumeur maligne, ou kyste dermoïde, bloc adhérent de dystrophie ovarienne** → Intérêt de l'IRM. - Liquide (uni- ou multiloculaire) : **kyste sous-tubaire ou vestigial, hydrosalpinx, kyste fonctionnel, tumeur bénigne de l'ovaire, cystadénome séreux ou mucineux, endométriome.**

Selon le contexte
- **CA 125** en cas de masse ovarienne : lésion évocatrice et ↗ CA 125 > 65 → 80 % de tumeur maligne.
- Selon l'examen clinique ou en 2de intention : **IRM** ou **TDM abdomino-pelvien**…

ÉTIOLOGIES

Utérine

Tuméfactions solides :
- **Fibrome utérin** = cause la plus fréquente de tuméfaction pelvienne (20-30 % des femmes > 35 ans) : unique ou multiple, de type **sous-séreux** ++ (type 5,6 et 7), interstitiel, ou plus rarement sous-muqueux (type 2-5).
- **Polypes.**

Tuméfactions hétérogènes mixtes ou multiloculaires solides :
- **Nécrobiose de fibrome.**
- **Sarcome utérin (1/2000 myomes) :** tumeur maligne de mauvais pronostic, diagnostic souvent fortuit (sur examen histologique de myomectomie ou hystérectomie).

		➔ Doit être évoqué de principe devant tout fibrome utérin augmentant rapidement de volume, surtout après la ménopause. - **Adénomyose** : rarement palpable (l'utérus ne dépasse pas le double de sa taille habituelle). - **Cancer de l'endomètre** : exceptionnellement découvert par une tuméfaction pelvienne (tumeur évoluée), tumeur endocavitaire avec sténose du col et rétention intra-utérine entrainant la palpation d'une masse pelvienne par hématométrie et/ou pyométrie. - **Grossesse.**
	Ovarienne	**Tumeur ovarienne** découverte dans 50 % de manière fortuite, dans les autres cas les signes principaux sont des douleurs pelviennes unilatérales modérées, des métrorragies, une pollakiurie. - **Maligne** : cancer de l'ovaire (cf. item). - **Bénigne** : • **Kyste fonctionnel** : cause la plus fréquente en période génitale, kystes folliculaires ou lutéinique dont la régression est spontanée (disparait dans les 3 mois). • **Kyste organique** : 80 % sont bénins (kyste dermoïde). **Cancer** de l'ovaire (rare avant la ménopause). **Endométriome ovarien**. Fibromes ovariens/fibrothécomes.
	Tubaire	- **GEU.** - **Pyosalpinx** : complication de **salpingite aiguë** (fièvre, leucorrhées purulentes). - **Bloc adhérentiel post-infectieux.** - **Hydrosalpinx** : séquellaire d'une **infection génitale haute.** - **Cancer de la trompe** : rare, de diagnostic difficile. - **Kyste vestigial sous-tubaire** ou **du mésosalpinx.**
	Masse digestive	- **Cancer du côlon.** - **Tumeur péritonéale.** - **Sigmoïdite.**
	Masse péritonéale	- **Endométriose** du cul-de-sac recto-utérin : induration du cul-de-sac recto-utérin ou nodule.
	Masse vésicale/ urétrale	- **Globe vésical** aigu ou chronique. - **Tumeur vésicale** à un stade très avancé. - Autres (rares) : **kyste de l'ouraque** ± **ADK**, **diverticule urétral, abcès urétral sur diverticule**.
	Origine vasculaire	- **Anévrisme iliaque** (associé ou non à un anévrisme de l'aorte sous-rénale). - **ADP** néoplasique ou infectieuse : principalement iliaque.

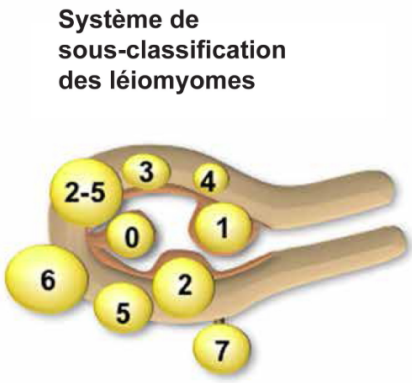
FIBROME UTÉRIN

➞ Tumeur utérine la plus fréquente, 20-30 % de femmes de plus de 35 ans.
➞ **Découverte fortuite** dans 50 % des cas.

C

➞ **50 %** des fibromes sont asymptomatiques.
➞ Symptômes :
- **Ménorragies** : signe pathognomonique ++ (soit en rapport avec le fibrome s'il est sous-muqueux, soit suite à la modification de la cavité utérine qui compromet la rétraction correcte de l'utérus). Faire préciser le nombre de changes par jour (score de Higham) et la présence de caillots.
- **Métrorragies** : rarement isolées (souvent des ménométrorragies).
- **Syndrome de masse pelvienne** :
  . Pesanteur ou signes de compression des organes de voisinage (pollakiurie, constipation).
  . Masse abdominale d'apparition progressive ou augmentation du volume abdominal.
  . Douleurs pelviennes liées aux complications des myomes.
- **Dysménorrhées.**

CLASSIFICATION FIGO



S – Sous-muqueux	0	Pédiculé, endocavitaire
	1	< 50 % intramural
	2	≥ 50 % intramural
A – Autres	3	Est en contact avec l'endomètre; 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux, ≥ 50 % intramural
	6	Sous-séreux, < 50 % intramural
	7	Sous-séreux, pédiculé
	8	Autre (à préciser, p. ex. cervical, parasitaire)

Léiomyomes hybrides (affectent tant l'endomètre que la séreuse)	Deux des nombres sont liés par un trait d'union. Par convention, le premier de ces nombres désigne la relation avec l'endomètre, tandis que le deuxième désigne la relation avec la séreuse. Un exemple apparaît ci-dessous.	
	2-5	Simultanément sous-muqueux et sous-séreux, moins de la moitié du diamètre se trouvant à la fois dans la cavité endométriale et dans la cavité péritonéale

Prise en charge des léiomyomes utérins - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada
Palpable : le + souvent **sous-séreux** (5, 6 et 7) ou **interstitiel** (3, 4).

PC

- **β-hCG**.
- **Échographie pelvienne** par voie abdominale et endovaginale (classification FIGO).
  • Tuméfaction : solide/bien limitée.
  • Image en cocarde avec hyperéchogénicité centrale : nécrobiose en phase aiguë.
- **IRM** (2e int) si échographie insuffisante, masse > 10 cm, > 5 fibromes ou masse complexe et indéterminée en échographie.
- **Hystéroscopie** diagnostique : en 2e intention.

COMPLICATIONS

- **Hémorragiques** : fibromes sous-muqueux (surtout en présence de DIU) ➞ anémie microcytaire hyposidérémique.
- **Algiques** : en cas de **nécrobiose aseptique :**
  • Douleurs pelviennes ± intenses.
  • Fièvre entre 38 et 39 °C.
  • Quelques fois métrorragies noirâtres.
  • Fibromes douloureux à la palpation et augmenté de volume.
  • Image en cocarde à l'échographie avec une hyperéchogénicité centrale.
  • Prise en charge : repos au lit et glace sur le ventre + AINS (si BHCG négatif) ± ATB si suspicion d'infection.
- **Mécanique** : par compression vésicale (RAU), rectale (faux besoins), veineuses pelvienne (TVP), nerveuses (sciatalgies), urétérale (urétéro-hydronéphrose voire des coliques néphrétiques ou des PNA).
- **Transformation maligne** : en sarcome, pas de lien démontré à ce jour.
- **Infertilité.**
- **Gravidiques** :
  • Stérilité et fausse couche à répétition (++ si sous-muqueux).
  • Nécrobiose avec MAP et risque de prématurité.
  • Localisation prævia.

Présentation dystocique en cas de fibrome interstitiel volumineux, dystocie dynamique ou l'hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétractation utérine.

PEC	- Abstention si : **asymptomatique et < 10 cm** (pas de surveillance par imagerie non plus). - **Progestatifs de J15 à J25** (*du 5e au 25e J si un effet contraceptif est souhaité*). • Dérivés de la **17-OH progestérone** (*Lutéran*) ou les **dérivés de la 19-norprogestérone** (norprégnane*, LuténYl, Surgestrone*) ± associés à **l'acide tranexamique** (*Exacyl*) pendant les règles ; ± AINS : acide méfénamique (*Ponstyl*). • Suspension de l'utilisation ulipristal acétate (*Esmya*) depuis 2018 → risque hépatotoxicité. - **Traitement pré-chirurgical** si **volume trop important et/ou anémie sévère** : • Agnostique de la GnRH pendant 2 à 3 mois. • Réduction de la taille de 10 à 40 %. - **Traitement chirurgical** : • Indications : ○ **Ménométrorragies** fonctionnelles résistantes aux ttt médical (++ si retentissement). ○ **Compression des organes de voisinage.** ○ Myome sous-séreux pédiculés **tordus ou en nécrobiose** responsable de douleurs pelviennes. • Conservateur : ○ **Myomectomie** par voie abdominale pour les myomes **non sous-muqueux,** ou pour les **sous-muqueux de plus de 4 cm.** ○ **Résection du fibrome endo- cavitaire** sous **hystéroscopie** si myomes de **type 0, 1 ou 2** dont la taille **est < 4 cm**. • Non conservateur : ○ Hystérectomie par voie vaginale si la taille le permet. ○ Si impossible, coelio-chirurgie (++ si masse annexielle associée ou si adhérences). • **Myolyse** (ne nécessite pas l'absence de désir de grossesse) : à visée thérapeutique seule ou préopératoire pour diminuer les saignements. • 2 méthodes : ○ **Embolisation des artères utérines** +++ : ▪ Succès dans 80 à 90 % des cas à 5 ans. ▪ À proposer systématiquement en cas de myome sous-muqueux interstitiels ou séreux. ○ Pas une bonne indication pour les types 0, 1 et 2. **Myolyse par thermo coagulation** (ultrasons, radiofréquence, coagulation ou cryothérapie).

KYSTES OVARIENS

EPID	- Cause de tuméfaction **la plus fréquente** chez la femme en période d'activité génitale. - Correspondent à kystes folliculaires ou lutéiniques dont la régression est majoritairement spontanée. - Majoritairement bénins.
C	- Pas de symptomatologie spécifique. - **> 50 % découverte fortuite.** - **Principaux signes d'appels :** • Douleurs/pesanteur pelviennes unilatérales modérées. • Métrorragies. • Compression d'organe de voisinage : pollakiurie, troubles digestifs. • Dysménorrhées et dyspareunies si endométriose
PC	- **β-hCG.** - **Échographie pelvienne** par voie abdominale et endovaginale. • Tuméfactions solides : fibromes, métastases, tumeurs séreuses. • Tuméfactions hétérogènes, mixtes, multiloculaires : Kyste dermoïde : hétérogène, zones liquides de contenu différent et zones solides avasculaires. • Tuméfactions liquidiennes : ○ Kyste sous tubaire : image distincte de l'ovaire. ○ Hydrosalpinx. ○ Kyste fonctionnel : anéchogène pure. ○ Tumeurs bénignes : cystadénomes, endométriomes. • Critères échographiques de bénignité : ○ Uniloculaire. ○ Pluriloculaire avec cloison fine < 3 mm. ○ Sans végétation. ○ Paroi fine. ○ Vascularisation PÉRIPHÉRIQUE, IR > 0,50. ○ < 7 cm. ○ Sans ascite. - IRM pelvienne devant tout kyste/masse de l'ovaire suspect. - Marqueurs tumoraux : CA125 : masse suspecte de cancer.

COMPLICATIONS	Torsion	- Sur kystes lourds (dermoïdes, mucineux), ou si pédicule très fin (kyste du para-ovaire). - **Douleur pelvienne aiguë à type de coup de tonnerre**, avec une tendance à s'amplifier associées à des nausées, vomissements (souvent tableau de subtorsion en amont de l'épisode). - **Défense** abdomino-pelvienne généralisée. - Au TV : **cul-de-sac extrêmement douloureux.** - À l'échographie : **image liquidienne latéro-utérine** ± arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens et infundibulo-pelviens. - Pas de troubles de l'hémostase. - Prise en charge **chirurgicale conservatrice** (même si l'aspect de l'ovaire est inquiétant).
	Hémorragie intrakystique	- **Syndrome douloureux** pelvien à début **rapide**. - **Défense** dans l'une des 2 fosses iliaques. - Un cul-**de-sac douloureux**. - À l'échographie : **kyste à contenu finement échogène** (hétérogène si examen réalisé à distance) ± épanchement péritonéal associé. - Prise en charge **médicale** suffisante (sauf si doute avec une torsion, ou troubles de l'hémostase).
	Rupture du kyste de l'ovaire	- **Complique l'hémorragie ou la torsion**. - Tableau superposable à l'hémorragie intrakystique. - Échographie : **épanchement péritonéal peu abondant**, voire un hémopéritoine. - **Amélioration progressive** sans déglobulisation, surveillance de 24 h si doute sur un hémopéritoine. - **Cœlioscopie en cas d'hémopéritoine** diagnostique et thérapeutique.
	Infection ovarienne	- Très **rare** (contrairement à l'abcès tubaire). - **Secondaire** à une pelvi-péritonite d'origine génitale ou à une ponction ovarienne échoguidée. - **Hyperthermie, contractures pelvienne, syndrome inflammatoire biologique.** - Traitement **chirurgical** : toilette péritonéale et drainage de l'abcès.
	Compression	- Compression des organes de voisinage **rare**.
	Complications obstétricales	- **Obstacle preavia** si un gros kyste est enclavé dans le cul-de-sac de Douglas. N.B : En cas kyste ovarien découvert lors d'une grossesse : abstention thérapeutique jusqu'à 16 SA, en cas de persistance avec critères de malignité, exploration par cœlioscopie à partir du 2e trimestre.
PEC	Abstention : si kyste uniloculaire liquide < 7 cm et asymptomatique (surveillance échographique à 1 et 3 mois puis à un an). Traitement médical : En cas de kyste sous Tamoxifène → Agoniste de la GnRH pendant 2-3 mois. Traitement chirurgical : - **Indications** : après échec du TTT médicamenteux et de la surveillance. . Kyste symptomatique ou compliqué. . Kyste > 5 cm. . Kyste complexe ou suspect de malignité. - **Conservateur** : kystectomie par voie abdominale, par laparotomie ou pas cœlioscopie (possible aussi en cas de kyste borderline). - **Radical** : Ovariectomie simple avec conservation tubaire si tumeur borderline ou annexectomie si tumeur maligne ou borderline par cœlioscopie. Destruction : ponction simple pour les endométriomes, et ponction avec injection d'alcool pour détruire l'endométriose et éviter la reproduction du kyste.	

PROLAPSUS GÉNITAL

DEF

- Hernie des organes pelviens à travers le vagin :
  - Colpocèle : protrusion d'une face vaginale.
  - Cystocèle : vessie.
  - Hystéroptose : utérus.
  - Élytrocèle : Douglas.
  - Rectocèle : rectum.
  - Anses intestinales : entérocèle.

(Différents du prolapsus rectal : protrusion du conduit digestif par l'anus).
DD : kyste vaginal, fibrome de la cloison vésicovaginale

ÉPID

- Augmentation de la prévalence jusqu'à 50 ans puis stagnation.
- 30 à 97 % cliniquement.
- Facteurs de risque :
  - Gynécologiques : ménopause, hypoestrogénie.
  - Obstétricaux : grossesse, accouchement voie basse (fœtus > 4 kg, extraction fœtale par instruments), multiparité.
  - Chirurgicaux : hystérectomie.
  - Trouble chronique de l'exonération, poussée abdominale chronique.
  - Ethniques : caucasiennes, hispaniques.

C

- Sensation de boule vaginale +/- dyschésie, dysurie, troubles sexuels, hyperactivité vésicale, incontinence urinaire d'effort, nécessité de manœuvre digitales de réintroduction
- Diagnostique clinique
- Speculum : analyse des différents compartiments pelviens.
- Classification de Baden-Walker : C (cystocèle) - H (hystérocèle) - R (rectocèle) :
  - Stade 1 : intravaginal.
  - Stade 2 : à l'entrée de la vulve.
  - Stade 3 : extériorisé.
  - Stade 4 : déroulement complet du vagin.
- Classification POP-Q : selon les différents points vaginaux.
- Recherche incontinence à l'effort masquée : test d'effort + test de correction (TVT Test - manœuvre de Bonney).

PC

- Éliminer pathologie organique +++ : hémocult/coloscopie/frottis/examen gynéco.
- Pour les situations complexes : prolapsus récidivant, de l'étage postérieur (différence entre rectocèle et élytrocèle), douleur.
- Imagerie dynamique :
  - Colpo-cysto-défécographie.
  - Défécographie IRM dynamique.
- Échographie abdomino-pelvienne pour éliminer une ascite ou pathologie tumorale utérine ou annexielle associée
- Bilan urodynamique, manométrie anorectale.
- En profiter pour réaliser les examens de dépistage de cancer : mammographie, prélèvement cervico-utérin.

TTT

- Prévention : rééducation post-partum.
- Règles hygiéno-diététiques, régulation transit.
- Abstention : si asymptomatique.
- Rééducation périnéale en 1re intention (stade 1 et 2).
- Pessaire : dispositif intravaginal pour maintien du prolapsus.
- Chirurgie : si échec de rééducation ou pessaire par promonto-fixation (cœlioscopie) ou cure de prolapsus (voie basse).